



# **Patientsäkerhetsberättelse**

## **Bollebygds kommun**

### **2025**



Anna Lindeblom  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för  
rehabilitering

Annette Henriksson  
Verksamhetschef Hälso-och sjukvård

Bollebygds kommun 2026-02-02

## **Innehåll**

|          |                                                             |           |
|----------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Inledning .....</b>                                      | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Sammanfattning .....</b>                                 | <b>4</b>  |
| <b>3</b> | <b>Grundläggande förutsättningar för säker vård.....</b>    | <b>5</b>  |
| 3.1      | Engagerad ledning och tydlig styrning .....                 | 5         |
| 3.2      | En god säkerhetskultur .....                                | 7         |
| 3.3      | Adekvat kunskap och kompetens .....                         | 9         |
| 3.4      | Patienten som medskapare .....                              | 10        |
| <b>4</b> | <b>Agera för säker vård.....</b>                            | <b>11</b> |
| 4.1      | Egenkontroll.....                                           | 12        |
| 4.2      | Öka kunskap om inträffade vårdskador .....                  | 24        |
| 4.3      | Tillförlitliga och säkra system och processer .....         | 26        |
| 4.4      | Säker vård här och nu fortsatt här! .....                   | 27        |
| 4.5      | Stärka analys, lärande och utveckling .....                 | 27        |
| 4.6      | Öka riskmedvetenhet och beredskap .....                     | 28        |
| <b>5</b> | <b>Mål, strategier och utmaningar för kommande år .....</b> | <b>29</b> |
| <b>6</b> | <b>Fokusområden 2026 .....</b>                              | <b>30</b> |

# 1 Inledning

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030”

## 2 Sammanfattning

### Nämndens mål 2025

- **Utveckling och implementering av digital teknik**

För att underlätta och stödja den enskilde i sitt dagliga liv, förbättra patientsäkerheten, självständigheten och effektivisera arbetet för vårdpersonalen. Under året har kommunal primärvård implementerat läkemedelsautomater och digital träning på surfplatta.

- **Dokumentation**

Fortsatt att utveckla arbetet med dokumentation i Lifecare genom kollegial journalgranskning.

- **Säkrare läkemedelshantering**

Delegerad personal ska ta ansvar för att ge läkemedel på ett säkert sätt enligt utbildning och rutin. Sjuksköterskor ska ha en säker hantering av läkemedel.

- **Ledningssystem för avvikelser Lifecare HSL/Vårdskada**

Fortsatt arbete med att kvalitetssäkra och få följsamhet till avvikelseprocessen. Upprepad dialog med enhetschefer och legitimerad personal.

- **Utveckla SIP-arbetet i Bollebygd**

Arbeta mer personcentrerat och öka antalet dokumenterade och uppföljda SIP har gjorts genom riktade utbildningar till olika enheter som använder SIP.

- **Omställningsarbetet Nära vård**

Det proaktiva arbetet med Förebyggande team, digital teknik och kompetensförsörjning har fortsatt.

- **Öka antalet riskbedömningar med Senior Alert**

Kommunal primärvård ska arbeta mer proaktivt med riskbedömningar innan det sker en vårdskada.

### 3 Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet.

#### 3.1 Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.



#### Övergripande mål och strategier

*PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §*

Varje patient ska känna sig trygg och säker i kontakten med vården. Likaså ska varje medarbetare kunna utföra sitt arbete under sådana förutsättningar att en säker vård kan ges. Det systematiska kvalitetsledningssystemet, ska synliggöra verksamhetens kvalitet och dess resultat för personal, patienter och övriga medborgare. Tydligheten bidrar till en säker grund och är förutsättning för att identifiera förbättringsmöjligheter. I det systematiska kvalitetsledningssystemet finns rutin för avvikelshantering, egenkontroller, riskbedömning, att orsaks- och händelseanalyser ska genomföras samt handlingsplaner för detta.

#### Organisation och ansvar

##### Regionens ansvar

Hälso- och sjukvårdsavtalet i Västra Götaland definierar ansvaret för samtliga vårdgivare. Avtalet ska stärka och främja samverkan och samarbete med syfte att möjliggöra ett tryggt och självständigt liv för individen. Under 2025 har det arbetats med att få till ett nytt omarbetat avtal som alla 49 kommuner kan godkänna. Avtal och överenskommelser är ute på beslut i kommuner och region. Målet är att ha ett nytt Hälso-och sjukvårdsavtal 2027.

##### Kommunens ansvar

##### Nämndens ansvar

Nämnden ska planera, leda, och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet för god hälso- och sjukvård upprätthålls. Nämnden ska fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet samt kontinuerligt följa upp och utvärdera målen.

##### Verksamhetschefens (Hälso- och sjukvård) ansvar

Verksamhetschefen ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30) svara för att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främja kostnadseffektivitet. Inom ramen för ledningssystemet ska verksamhetschefen ansvara för att ta fram, fastställa och dokumentera rutiner för hur det systematiska kvalitetsarbetet kontinuerligt ska bedrivas för att kunna styra, följa upp och utveckla verksamheten gällande medicintekniska produkter, IT och teknik samt att personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården har den kompetens som behövs med hänsyn till de krav som ställs på verksamheten.

## **Medicinskt ansvarig sjuksköterskas (MAS) ansvar**

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30) ska det i den kommunala hälso- och sjukvården finnas en sjuksköterska som har det övergripande medicinska ansvaret. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har tillsammans med verksamhetschefen att upprätthålla och utveckla verksamhetens kvalitet och säkerhet inom ramen för ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet som finns för den kommunala hälso- och sjukvården. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan utövar sitt ansvar genom att planera, styra, kontrollera, dokumentera och redovisa arbetet med verksamhetens kvalitet och säkerhet.

## **Enhetschefers ansvar**

Samtliga enhetschefer ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamhetschef för Hälso- och sjukvård och MAS fastställt är väl kända i verksamheten samt att ny hälso- och sjukvårdspersonal får den introduktion som krävs för att utföra uppgifterna. Att det finns delegerad omvårdnadspersonal som kan ta emot delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter och att tid ges till utbildning och uppföljning av uppgifterna. Enhetschef analyserar, bedömer och åtgärdar avvikelser inom sin enhet vilket ska ligga till grund för det förbättringsarbete som ska öka patientsäkerheten.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar**

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvarar för att hälso- och sjukvårdsarbetet följer vetenskap och beprövad erfarenhet inom sitt yrke och ska inom ramen för verksamhetens ledningssystem medverka i det systematiska kvalitetsarbetet. Hälso- och sjukvårdspersonalen är ansvarig för att delegeringsprocessen är säker och att systematisk utbildning och uppföljning sker. Aktivt arbeta med att samverka med andra, både internt och externt.

## **Omvårdnadspersonalens ansvar**

All personal som mottagit en delegering att utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter är skyldiga att rapportera negativa händelser (avvikelser) samt kontinuerligt hålla sig uppdaterad på de uppgifter som delegerats. Aktivt arbeta med det systematiska kvalitetsledningssystemet samt att samverka med andra, både internt och externt.

## **Samverkan för att förebygga vårdskador**

### **Närvårdssamverkan Södra Älvsborg**

Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg arbetar över huvudmannagränserna med att gemensamt ansvara för att säkerställa befolkningens behov av samordnade insatser. Samverkan ska ske kring patienter och grupper i befolkningen som har behov av vård- och omsorgsinsatser från både kommun och region genom att möjliggöra utveckling av gemensamma handlingsplaner. Närvårdssamverkan i Södra Älvsborg leds av en styrgrupp med mål att omhänderta nationella överenskommelser och genomförande av utbildning kring de mest sjuka äldre, palliativ vård, personer med funktionsnedsättning, psykisk hälsa samt barn och unga vuxna i utsatt situation. Från styrgruppen finns uppdragsgrupper från samtliga tre vårdgivare med specifika uppdrag för samverkan och utveckling. En gemensam målbild ger oss goda förutsättningar att skapa samsyn kring gemensamma uppdrag.

### **Närhälsan**

Det finns ett bra samarbete med Närhälsan i Bollebygd. Varje år revideras Närområdesplanen som underlättar och förtydligar samverkan mellan regional och kommunal primärvård. Det finns regelbundna samverkansmöten mellan kommunal primärvård och Närhälsan Bollebygd där läkare, sjuksköterskor, chefer och MAS träffas, vilket leder till ett ständigt utvecklande samarbete.

## Vårdhygien SÄS

Regelbundna avstämningar med MAS i Sjuhärads kommuner angående smittläge och information om smittskydd. De har även utbildningar för sjuksköterskor med särskilt hygienansvar och hygienombud i kommunerna.

### Övrig samverkan

MAS-nätverket i Sjuhärad träffas regelbundet och samverkar kring delregionala frågor och gemensamma rutiner. Nätverket tar ofta gemensamma och viktiga inriktningsbeslut för Boråsregionens del som sedan underlättar arbetet i den enskilda kommunen.

Den lokala samverkansgruppen Bollen träffas årligen, där finns representanter från Bollebygds kommun, Närhälsan, Rehab, SÄS, Folktandvården. Här samverkas frågor som är kopplade till Bollebygds kommun. Arbetsgrupper kan bildas som arbetar med olika utvecklingsfrågor exempelvis förebyggande team, familjecentral mm.

### Mätbara gemensamma indikatorer för utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland

Målet för vår gemensamma överenskommelse inom Västra Götaland är att samverkan vid in- och utskrivning ska stärka den enskildes rätt till en trygg och effektiv utskrivning, stärka samordningen mellan huvudmän och verksamheter, minska antalet utskrivningsklara dagar men också att arbetet ska vara tillitsskapande och utgå ifrån den enskildes behov.

Indikatorer för uppföljning är framtagna av processledare inom VGR och Västkom med statistik som tas fram regelbundet, är ett stöd för utvärdering och fortsatt utveckling. Målet är att ta hem patienterna inom tre kalenderdagar från utskrivningsklar på sjukhus. För patienter från Bollebygd, som vårdats på sjukhus och skrivits ut, var antal dagar i medeltal 0,4 kalenderdagar som de varit kvar på sjukhuset efter att de blivit utskrivningsklara under 2024.

### Millennium – framtidens vårdinformationsmiljö

Det nya IT-stödet som var tänkt att underlätta samverkan mellan vårdens olika aktörer och förenkla invånarens resa genom vården. Vid införandet i november 2024 drabbades VGR och då främst SÄS som var först ut av diverse problem, vilket i sin tur resulterade i att hela projektet fick avbrytas och under november 2025 togs det beslut på att avsluta projektet helt.

## 3.2 En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.



### En god säkerhetskultur kännetecknas av:

- ett aktivt arbete med att identifiera och minimera risker och skador
- ett öppet arbetsklimat där personalen tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet
- ett förhållningssätt där man inte skuldbelägger varandra
- medarbetare med goda kunskaper i säkerhet och förbättringsarbete, på alla nivåer
- en organisation där medarbetarna är medvetna om risken för negativa händelser
- en organisation som lär av både negativa händelser och det som går bra.

En god säkerhetskultur innebär att alla i hälso- och sjukvården är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Chefer och ledare har ett avgörande ansvar för att skapa förutsättningar för en god säkerhetskultur. Men var och en i organisationen har en viktig roll, oavsett yrke.

Rätt bemanning utifrån brukarnas behov stärker patientsäkerheten men även arbetsmiljön.

Den nya avvikelsemodulen i Lifecare implementerades i mars 2024 och arbete har genomförts för att förtydliga avvikelseprocessen i rutiner och roller i handläggningen av avvikelser i det digitala systemet. All personal har fått kunskap om vad lex Sarah och lex Maria är och om målet med avvikelseprocessen där fokus ska ligga på att öka patientsäkerheten. Fortsatt arbete har gjorts under 2025 med att följa avvikelseprocessen.

Riskbedömningar i Senior Alert har fortsatt att utvecklas under 2025. På SÄBO har det sedan tidigare varit en hög andel som riskbedömts, under året har arbetet ökat även i ordinärt boende men mer behöver göras. Målet var att alla patienter i kommunal primärvård skulle riskbedömas vid inskrivning, vid årsbesök hos läkare och vid större förändringar. Det finns fortfarande ett antal patienter som inte är riskbedömda under året.

Att hitta arbetsformer i Team har fortsatt för att förbättra kommunikation och samverkan kring vårdtagare framför allt där olika risker har identifierats utifrån riskbedömningar i Senior Alert. Exempelvis ska det finnas rätt hjälpmedel och som används på rätt sätt, som tryggar både patient och arbetsmiljö. Baspersonal arbetar tillsammans med legitimerad personal utifrån den enskildes behov och i den lilla kommunen så har yrkesgrupperna har lätt att nå varandra. Fokus ligger på att patientsäkerheten ska öka och vara hög runt patienter och brukare.

## **Informationssäkerhet**

*HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §*

Datainspektionen ställer alltmer högre krav på informationssäkerhet.

Dataskyddsförordningen (GDPR) gäller som lag i alla EU:s medlemsländer och efterföljs. Kommunen har dataskyddsombud som arbetar med att skydda enskildas grundläggande rättigheter och friheter, särskilt deras rätt till skydd av personuppgifter.

I verksamhetssystem Lifecare är det tvåfaktorsinloggning som säkerställer innehållet i journalerna. Det krävs alltid samtycke vid utlämning eller inhämtning av uppgifter från annan vårdgivare och från anhörig eller företrädare för patienten/ brukaren.

En utmaning är att säkerställa information vid krissituationer som till exempel när verksamhetens digitala verksamhetssystem går ner. Ju mer omfattande digitalisering och effektivisering desto sårbarare blir vi om dessa lösningar slås ut. Verksamheterna har arbetat fram manuella rutiner för att säkra tillgången till nödvändig information om systemen går ner. Exempelvis finns signeringslista i pappersform vid läkemedelsgivning att lämna ut när digital signering inte fungerar som ökar patientsäkerheten.



### 3.3 Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Mål i verksamhetsplanen är att alla medarbetarna ska ha rätt kompetens för att utföra sitt uppdrag, samtliga enheter ska säkra en god introduktion och arbeta aktivt för att öka frisknärvaron.



Enhetscheferna har ansvar att se över kompetensen i gruppen så rätt kompetens finns inför varje schemaperiod och varje dygn.

I äldreomsorgen finns en hög andel utbildad personal. Implementerat arbetssätt med resursspass fortsätter. I internkontrollplanen har fokus legat på att alla patienter/ brukare ska ha en aktuell genomförandeplan och all personal ska ha kunskap om social dokumentation.

#### **Legitimerad personal**

(Sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut)

Under 2025 har legitimerad personal fått bra förutsättningar till kompetensökning via kurser, konferenser och högskolestudier. 7 av 18 sjuksköterskor har en specialistutbildning.

#### **Omvårdnadspersonal:**

(sjuksköterskor, fysioterapeut och arbetsterapeut håller i utbildningen)

Under 2025 har KTC använts vid 35 tillfällen. KTC är vårt kliniskt träningscentrum/ metodrum, där personalen kan öva och ha utbildningar för att kompetenshöja personalen.

Vid tre av dessa tillfällen under våren har workshop i palliativ vård och basala hygienrutiner anordnats, 3 timmarsutbildning

Vid ett tillfälle har personal fått utbildning i förflyttning.

Vid sex tillfällen har personal övat olika vårdmoment på KTC, så som venprovstagning.

Fyra tillfällen har KTC använts för introduktion av sommarvikarier, och ytterligare fyra för utbildning av elever.

Hemtjänsten har haft utbildning i munhälsa vid två tillfällen. (Tandsköterska Folk tandvården)

Tre tillfällen på hösten har det varit demensutbildning med det svåra samtalet, 3 timmarsutbildning.

#### **Analys kunskap och kompetens**

Det ger kvalitet att legitimerad personal håller i de flesta utbildningar och workshops för baspersonalen under året. Det är viktigt att all personal får förutsättningar från sin enhetschef att både hålla i utbildningen och medverka på dessa utbildningstillfällen. Kompetensutveckling är en del i omställningen till Nära vård där enhetscheferna måste vara med och ta ansvar för att nå det gemensamma målet. Planeringen med att frigöra personal för utbildning har blivit bättre under 2025 men några enheter behöver bli ännu bättre så personal i alla led kan öka sin kompetens och säkra upp vård och omsorg. Nära vård är ett gemensamt mål och följsamheten måste öka på enheterna.

### 3.4 Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



#### SIP-processen

En Samordnad Individuell Plan, ofta förkortad SIP, är ett viktigt verktyg inom vård och omsorgssektorn. SIP är en plan som utformas för att samordna och optimera omvårdnad och stöd för personer som behöver insatser från både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Det är också lagkrav enligt både Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen.

SIP är:

- Den enskildes plan och den gäller alla, oavsett ålder, diagnos, funktionsförmåga eller behov.
- Den enskildes samtycke, delaktighet och inflytande är förutsättningar i arbetet.
- Den enskildes situation, erfarenhet och upplevda behov utgör utgångspunkten för SIP, i kombination med professionens bedömning och bästa tillgängliga kunskap.
- Målsättningen ska vara tydlig ur den enskildes perspektiv. ”Vad är viktigt för dig?”.
- Den enskilde ska få sina behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet och samordning tillgodosedda.

Under året har SIP-arbetet fördjupats på enheterna och arbete har skett vad just den enskilda enheten behöver för att fortsätta att öka antal SIP.

Bollebygds vård och omsorg, antal SIP 2025:

12 startade, 10 upprättade, 5 uppföljda, 13 avslutade, 9 aktiva

(Bollebygds Vård och omsorg, 2024, 16 startade, 2 upprättade, ingen är uppföljd och 7 är avslutade)

#### Analys SIP

Målet med utbildningen var att öka antalet SIP som är startade, upprättade, uppföljda och avslutade vilket har lyckats. När SIP är upprättad har den ägt rum och uppföljning är inbokad. Det kan vara svårt att räkna antal då några SIP finns kvar vid årsskiftet och inte gått alla steg i processen. Det går åt rätt håll med användandet av SIP men arbetet behöver fortsätta för att få en förebyggande, personcentrerad och optimerad vård och omsorg runt brukare/ patient. Kvaliteten i SIP behöver öka och att alla delar fullföljs i SIP-processen.

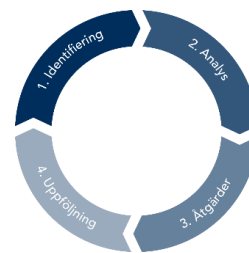
#### Avvikelse, klagomål och synpunkter

Vid hälso- och sjukvårdsavvikelse informeras patienten och dess närstående och medverkar även i intervjuer när allvarigare händelser utreds. MAS ansvarar för att informera, samtala och återrapportera till patient och dess närstående vid allvarigare händelser. Vid avvikelser av lindrigare grad så tas sällan patient och närstående med i utredningen.

Klagomål och synpunkter, kan komma direkt till verksamheterna, från närstående och eller patient, via patientnämnden eller IVO som har betydelse för patientsäkerheten. Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården innebär att fler klagomål går till patientnämnden. Klagomål utreds och besvaras av vårdgivaren, det vill säga, den juridiska personen som bedriver vården. För att stärka patientsäkerheten tas synpunkter och klagomål från patient och närstående tillvara och finns med vid utveckling av rutiner och arbetssätt.

## 4 Agera för säker vård

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.



### Följande egenkontroller har genomförts under året:

|                                                               |                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nationella kvalitetsregister                                  | Metod:<br>Senior alert<br><br>Palliativregistret<br><br>BPSD<br><br>HALT | Åtgärd:<br>Riskbedöma i registret, åtgärd vid risk<br><br>Inrapportering i registret<br>Genomförd<br><br>Genomförd | Antal/ år:<br>Vid inskrivning, årskontroll och förändring i hälsa<br><br>Löpande<br><br>Löpande<br><br>1 ggr/ år |
| Vårdhygienisk egenkontroll<br>Självskattning                  | Egenkontroll, vårdhygienisk<br>Självskattning                            | Handlingsplan<br><br>Reflektion, diskussion APT                                                                    | 1 ggr/år<br><br>2 ggr/ år                                                                                        |
| Munhälsa<br>Tandvårdsintyg                                    | Utbildning för personal<br>Tandvårdintygsbeställningen                   | Planering i årshjul<br>Erbjud intyg                                                                                | 1 ggr/ år<br>vid inskrivning och behov                                                                           |
| Läkemedels-<br>hantering                                      | Egenkontroll och extern granskning                                       | Handlingsplan                                                                                                      | 1 ggr/ år                                                                                                        |
| Kontroll<br>-Medicintekniska produkter<br>-Grundutrustning    | Egenkontroll                                                             | Genomförd                                                                                                          | 2 ggr/ år                                                                                                        |
| Journalgranskning<br>Närhälsan<br>Journalgranskning kollegial | Egenkontroll<br><br>Egenkontroll                                         | Genomförd med NH Bollebygd<br>Handlingsplan                                                                        | 1 ggr/ år<br><br>1 ggr/ år                                                                                       |
| Avvikelsehantering<br>HSL/ Vårdskada                          | Modul Lifecare                                                           | Följsamhet<br>Statistik                                                                                            | 12 ggr/år                                                                                                        |

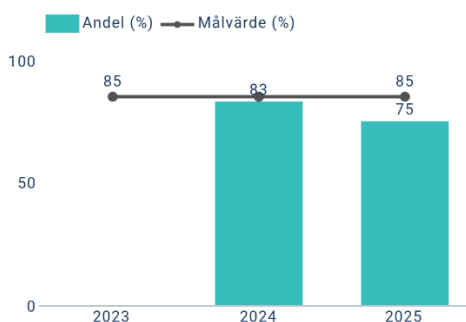
## 4.1 Egenkontroll

Under 2025 har patientsäkerhetsarbetet bedrivits genom åtgärder kopplat till mål och strategier genom arbete med uppdatering av och följsamhet till rutiner dels genom egenkontroll, granskning, avvikeleregistrering och kvalitetsregister, till stor del sker arbete med orsaks- och händelseanalyser som ett led i det systematiska kvalitetsledningssystemet.

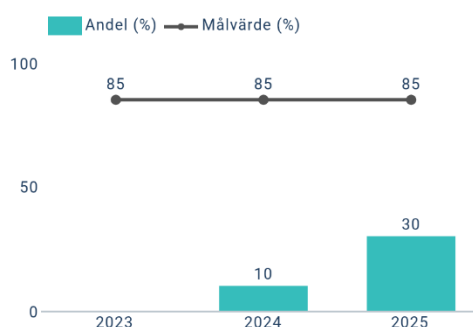
### Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för förebyggande vård och omsorg där riskbedömningar genomförs av fall, undernäring, trycksår, munhälsa och blåsdysfunktion. När risk konstaterats måste åtgärder skapas och uppföljning av åtgärder ske. Syftet är att arbeta personcentrerat och förebyggande i team genom riskbedömningar.

### Andel brukare på särskilt boende som riskbedömts i Senior Alert under kalenderåret.



### Andel brukare i ordinärt boende som riskbedömts i Senior Alert under kalenderåret.



### Analys Senior Alert:

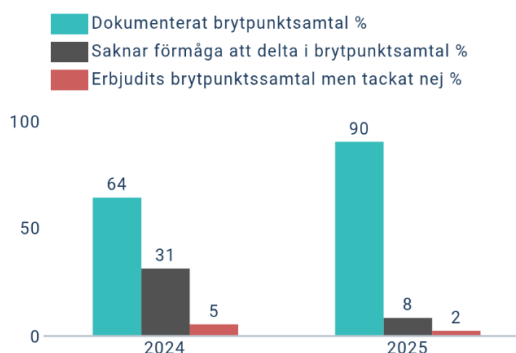
På SÄBO har 75% fått en riskbedömning, det var högre 2024 med 83%. Under 2025 har det skett ett byte av ansvariga sjuksköterskor på 3 av 4 enheter och det syns i resultatet då de tappat lite fart med bedömningarna i Senior Alert. Riskbedömningarna bör öka för alla på SÄBO och målet är att alla patienter ska få en riskbedömning vid inskrivning och vid årskontroll.

I ordinärt boende är det fler som fått riskbedömning under 2025 än året innan men här behöver alla sjuksköterskor arbeta för att patienterna på ansvarsområdet blir riskbedömda. Under 2025 har riskbedömning i Senior Alert varit ett fokusområde och i ordinärt boende har det startats med de mest sköra. Det finns fungerande team på enheterna där det finns en god möjlighet att få in Senior Alert som redskap på teamträffarna. Målet för Kommunal primärvård är att riskbedöma patienten både på SÄBO, korttid och i ordinärt boende i Senior Alert vid inskrivning, årskontroll och vid förändringar i hälsa. Hela verksamheten behöver öka riskbedömningar och nå målet 85% och sjuksköterskor i ordinärt boende behöver öka antalet riskbedömningar betydligt under 2026 då några områden inte riskbedömer alls.

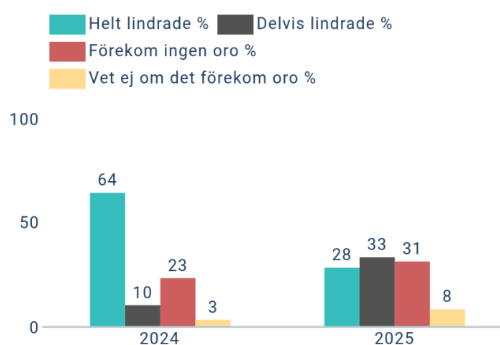
## Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra vården i livets slutskede. Huvudsyftet är att på patientnivå mäta hur enheten lever upp till definierade kriterier för god vård i livets slutskede och därigenom stödja kontinuerligt förbättringsarbete som syftar till optimal vård för dessa patienter oavsett diagnos.

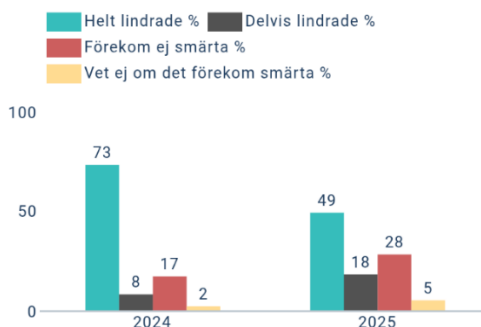
Andel patienter i Palliativregistret som under året fått registrerat brytpunktssamtal



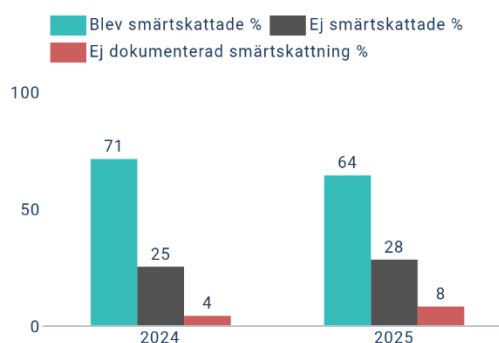
Andel patienter i Palliativregistret som under året fått registrerat lindring av oro/ångest



Andel patienter i Palliativregistret som under året fått registrerat förekomst av smärta



Andel patienter i Palliativregistret som under året fått registrerat smärtskattning sista levnadsveckan



### **Analys Palliativregistret:**

Palliativa patienter är högt prioriterade i kommunal primärvård och alla dödsfall i kommunal primärvård är registrerade i registret. Det är fler som har ett dokumenterat brytpunktsamtal 2025. Närhälsans läkare och sjuksköterskor i kommunal primärvård har arbetat med mer förebyggande samtal vid årskontroller, där patienten får vara med och bestämma om hjärt- och lungräddning ska ske, om brytpunktsamtal närmar sig och frågor runt palliativ vård. Det är viktigt att försöka att lindra smärta, oro och ångest hos patienten men ibland kan det vara svårt att uppnå total lindring. Det är viktigt att sjuksköterskorna fortsätter att symtomskatta alla patienter i livets slutskede för att kvalitetssäkra vården i livets slut.

### **BPSD (Beteendemässiga Psykiska Symtom vid Demenssjukdom)**

BPSD är ett kvalitetsregister för personer med demenssjukdom där enheterna registrerar personbundna uppgifter och problem, diagnos, behandling och resultat. Det gör att varje enhet kan följa sin verksamhet där registreringen leder till lärande och förbättringsarbete. För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symtomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in. Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnadsstrategier och i vissa fall även läkemedel. Arbetssättet leder till en individuell bemötandeplan för varje patient, med relevanta vårdåtgärder. Bemötandeplanen ska in i personens genomförandeplan. Antal registreringar som utfördes 2025 var 18, vilket har minskat med hälften föregående år.

### **Analys BPSD:**

Det är viktigt att det finns personal med uppdrag att samordna, samla in data och vara ”expertstöd” inom demensområdet. Registret används framför allt av enheterna med demenssjukdom men skulle även kunna användas i högre utsträckning i somatisk boende som ordinärt boende för brukare med demensdiagnos. Under 2025 har sjuksköterskorna inte varit fullbemannade på demensenheten och det syns i kvalitetsarbetet med exempelvis BPSD som fått stå tillbaka. Kommande år behöver verksamheten utbilda de sjuksköterskor som arbetar på demensenheterna inom BPSD då några erfarna har slutat för att kunna fortsätta arbetet att kvalitetssäkra och patientsäkra demensvården.

### **HALT**

(Healthcare Associates infections and antimikrobiell use in Long-Term care facilities)

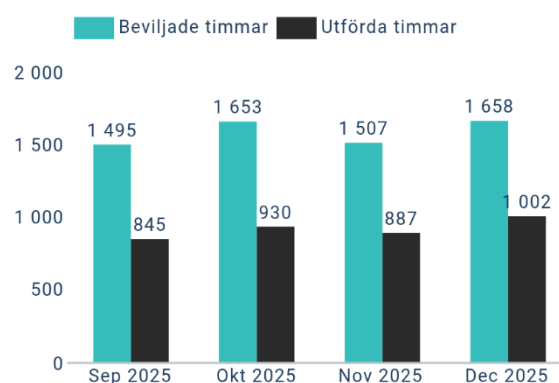
HALT är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare och antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens protokoll och är evidensbaserad, metoden används för mätningar i hela Europa. Mätningen är en stickprovsundersökning där aktuell situation mäts en förutbestämd dag på vård- och omsorgsboendet. Det är totalt 71 boende på SÄBO som är med i HALT-registreringen 2025. Enheten för demens hade en brukare med pågående infektion =1% samt en med förebyggande antibiotikabehandling.

### **Analys HALT:**

Antalet antibiotikabehandlingar i Bollebygd (1%) ligger på en lägre nivå än riket (riket=3%). Det syns ingen överanvändning av antibiotika utan den patient som har antibiotika hade även en pågående infektion förvärvat på enheten. Sjuksköterskan har en viktig uppgift att samverka med läkaren och ge tillräckligt med information om patientens

tillstånd så rätt beslut om ordination av antibiotika kan tas och att inte överanvändning av antibiotika sker på enheterna.

### Beviljade och utförda HSL-timmar i ordinärt boende



### Analys enhetschef hemtjänsten beviljade och utförda HSL- timmar:

All tid som beställs för HSL insatser planeras ut. Personalen har tillräcklig med tid utplanterad för att utföra insatser på ett patientsäkert sätt, vi ser ingen samband med ökade avvikelser och detta resultat. Det som kan orsaka differensen är när brukarna befinner sig på sjukhuset och insatser inte planeras ut. Det har hänt vid enstaka fall även för brukarna som befunnit sig på korttiden har HSL uppdrag inte avslutats. Anledningen är att även att avslutade HSL insatser inte tas bort samma dag som uppdrag avslutas. Det händer även att man lägger fel startdatum för HSL insatser vilket gör att tiden verkställs men ej utförs.

Vi arbetar med besöksuppföljningsmodulen och snitttider, regelbundet justeras tider utifrån det faktiska behovet.

### Hygienkörkort

Det är obligatoriskt att genomföra webbutbildning i basala hygienrutiner och införskaffa hygienkörtet för all ny personal vid anställning i Bollebygds kommun.

### Vårdhygienisk egenkontroll

Egenkontrollen har utförts under april av sex enheter i äldreomsorgen. Enheter i funktionsstöd har inte utfört egenkontrollen. Efter egenkontrollen skrivs en handlingsplan på alla nej-svar och enheten arbetar under året med att förbättra punkterna i handlingsplanen.

Två gånger per år ska all personal utföra självskattning i basala hygienrutiner. Syftet är att få personal att reflektera över krav och ta lärdom av sitt handlande samt att chefer får underlag för vidare diskussion i personalgruppen. Enhetens hygienombud lämnar ut självskattningen till medarbetare under en specifik dag. Alla enheter har genomfört skattningen under året, och det är enstaka misstag som görs.

### **Analys hygien:**

Tillsammans med hygienkörtkort, vårdhygienisk egenkontroll och självskattning av basala hygienrutiner ses en bra nivå på följsamhet till basala hygienrutiner i Bollebygds verksamheter. Smitta på enheterna har kunnat hållas låg och i korta perioder med ökad source control. Alla mätningar och egenkontroller öppnar upp för dialog och reflektion ute på enheterna vilket håller basala hygienfrågor ständigt levande. Under 2026 behöver alla enheter utföra vårdhygienisk egenkontroll, under 2025 utfördes inte egenkontrollen på funktionsstöds enheter. Det är viktigt att vi håller en hög standard i hygienfrågor och fortsätter att följa kvalitetshjulet under året på enheterna.

### **Smittförebyggande åtgärder**

Arbetet fortsätter med att förhindra smitta, arbeta preventivt för att minska smittspridning vid exempelvis Covid-19, säsongsinfluensa, RS-virus och vinterkräksjuka.

Arbetet har främst varit att informera om de rutiner som redan finns genom information och utbildning som fortsatt för all personal. Det har gett positivt resultat i det smittförebyggande arbetet, med tydlighet och trygghet för personal och patienter.

Under 2025 har två påfyllnadsdoser vaccin erbjudits mot covid-19 och en dos mot säsongsinfluensa till patienter inskrivna i kommunal hemsjukvård. Arbetet med att vaccinera fortsätter för de mest sköra enligt Folkhälsomyndighetens rekommendationer. De flesta brukare/ patienter som erbjuds vaccin, vaccinerar sig.

Smitta på SÄBO har varit låg och har inte spridits runt på avdelningarna. Enheterna arbetar med ökad source control vilket innebär att personalen använder skyddsutrustning som munskydd och visir vid misstänkt och konstaterad smitta. När smittan avtagit på avdelningen har munskydd och visir tagits bort igen. Information om förvaltningsövergripande rutin och riktlinje från smittskydd Västra Götaland har kontinuerligt genomförts under året.

### **Analys smittförebyggande åtgärder:**

Smitta har funnits bland personal men smittspridning till boende på SÄBO har kunnat hållas låg vilket visar att personalen har varit följsam till rutinerna under året. Det finns bra information och arbetssätt i den förvaltningsövergripande rutinen samt rekommendation från smittskydd Västra Götaland. Det är viktigt att enheterna fortsätter att ha följsamhet till rutiner för att hålla smittspridningen låg på enheterna samt ha uppdaterade och påfyllda hygienlådor inför smittutbrott, ha reflektion och diskussion på verksamhetsmötena i basala hygienrutiner för att tillsammans hålla en hög kvalitet i smittförebyggande åtgärder.

### **Munhälsa**

Det är sjuksköterskor och biståndshandläggare som är intygsutfärdare av tandvårdsintyg. Med vissa diagnoser kan en person vara berättigad till ett intyg med en årlig gratis munhälsobedömning av en tandsköterska. Intyget kan även innebära lägre kostnader vid vissa tandläkarbesök, avtal via Tandvårdsenheten gör detta möjligt. Under 2025 har 175 personer (2024, 138) tandvårdsintyg och 71 (2024, 98) munhälsobedömningar utförts. Den som får ett intyg tackar ja eller nej till årlig munhälsobedömning. Tandsköterska från Folk tandvården har haft bildning i munhälsa vid introduktion för sommarvikarier och för hemtjänstens enheter haft utbildning i munhälsa vid två tillfällen under hösten.



**Analys:**

Vi har gott samarbete med tandsköterska på Folktandvården Bollebygd som håller i utbildningar till personal och utför munhälsobedömningar för intygshavare i kommunen. Vi ska fortsätta med att erbjuda tandvårdsintyg till personer med behov av intyg samt samverka för att utbildningsinsatser fortlöper för personalen. Alla nyanställda biståndshandläggare och sjuksköterskor har fått möjlighet att gå intygutbildning på Tandvårdsportalen för att kunna ge råd och bevilja intyg till patienter och brukare som är berättigade till detta i kommunen. Vi har arbetat bra med information, utbildning och intygsutfärdande tillsammans med Folktandvården under 2025.

**Egenkontroll läkemedelshantering**

Enligt HSLF- FS 2017:37 finns krav om extern granskning av läkemedelshantering. Kontrollen sker i samverkan mellan enhetschef, sjuksköterska och delegerad personal enligt gemensam rutin för hela Södra Älvsborg. Därefter granskar MAS i nätverket Sjuhärad varandras resultat och upprättade handlingsplaner, enligt mall. Resultatet kommuniceras vidare i respektive organisation. Enheterna arbetar med handlingsplanen och det som inte fungerar bra, enhetscheferna behöver arbeta tillsammans med personalen så läkemedelsrutiner följs. Det leder till säkrare läkemedelshantering och ökad kunskap för samtliga involverade. Under 2025 har 7 enheter genomfört egenkontrollen för läkemedelshantering i äldreomsorgen samt enheten för kommunal primärvård. Ingen enhet i funktionsstöd har utfört egenkontrollen under 2025.

**Analys egenkontroll läkemedelshantering:**

Det viktigaste är att upprätta en handlingsplan efter egenkontrollen för att säkra upp det som inte fungerar i hanteringen av läkemedel på enheten. Fortsätt med egenkontrollerna, lägg relevanta åtgärder, koppla till avvikelserna på enheten och följ upp handlingsplanen under året. Under 2026 ska alla enheter som hanterar läkemedel delta i egenkontrollen, dvs även enheterna inom funktionsstöd som hanterar läkemedel. Egenkontrollerna kommer hanteras i Stratsys och analyseras där.

**Kontroller av medicintekniska produkter (MTP)**

Egenkontroll för god patientsäkerhet vid användning av medicintekniska produkter ska ske enligt rutin och är en viktig del i kvalitetsledningssystemet. Kontroller genomförts för produkter som är grundutrustning, såsom tex. sängar, lyftselar, lyftar och duschpallar. Kontroller har genomförts på enheterna av rehab ombuden enligt plan.

**Granskning av patientjournaler**

Patientdatalagen (SFS 2008:355) reglerar en vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt bestämmelser om skyldighet att föra patientjournal. Granskning av patientjournaler ska utföras enligt Socialstyrelsen i samverkan mellan vårdcentral och kommunal primärvård.

Granskningen utfördes tillsammans med Närhälsan Bollebygd i augusti och 20 journaler granskades gemensamt i respektive verksamhetssystem. Resultatet visar på fler differenser 2025 än tidigare. I 19 av 20 fall finns en medicinsk vårdplan upprättad efter årskontroll, läkemedelsordinationerna är korrekt ifyllda med läkemedelsnamn, form, styrka, och

administrationssätt, men det saknas i flera fall tidpunkt för administrering, det står morgon och kväll men inte klockslag som önskas. Det är läkarens ansvar att tydligt ordinera läkemedel. Vårdbegränsningar finns dokumenterade på samma patient i båda verksamhetssystemen. Det behöver fortfarande dokumenteras bättre när närstående är involverade i behandlingen, vid kognitiv svikt ses att närstående i större utsträckning är involverade. Användning av KVÅ-kod när närstående finns med bör öka. Det var bra och tydligt dokumenterat med brytpunktssamtal och vid vårdbegränsning. Vid två tillfällen saknades uppföljning som var beslutat, sjuksköterska återkom inte med information till Närhälsan. Resultatet förs tillbaka till verksamheterna för förbättring.

### **Analys granskning av patientjournaler**

Journalgranskning är viktigt för att upptäcka brister och förbättra dokumentationen. Det ses i granskningen att dokumentationen är likvärdig på gemensamma patienter på Närhälsan Bollebygd och kommunal primärvård. Båda behöver arbeta med att tydligare dokumentera närståendes medverkan i vården med rätt KVÅ-kod. Kommunal primärvård måste arbeta efter samverkansrutiner och den Närområdesplan som finns upprättad i Bollebygd. Det är av vikt att allt som tas upp och beslutas vid läkarkontakt dokumenteras. Det är även viktigt att uppföljningar slutförs och återkopplas till läkaren. Det är bra med regelbundna samverkansmöten med Närhälsan i Bollebygd och kommunal primärvård där samarbetet kan fortsätta att utvecklas.

### **Kollegial journalgranskning**

Kollegial granskning utförs en gång per år och i smågrupper har legitimerad personal granskat varandras journaler utifrån en mall. Ett antal journaler tas ut slumpmässigt från varje område. Dokumentationen ska utgå från Socialstyrelsens riktlinjer för journalföring. Det blir tydligt vilken dokumentation som finns med och vad som kan bli bättre i journalerna. Efter granskningen görs en handlingsplan med fyra områden som behöver förbättras. Under sex månader arbetar legitimerad personal med att förbättra dokumentationen och därefter görs journalgranskning med stickprov som en utvärdering. Det är en lärandeprocess under hela året för legitimerad personal som arbetar mot samma mål i dokumentationsprocessen.

### **Analys kollegial granskning:**

Regelbunden kollegial granskning av dokumentationen i kommunal primärvård lyfter upp de områden som behöver förbättras. MAS har flera gånger lyft upp de områden som beslutats i handlingsplanen med legitimerad personal. Under 2025 gjordes ingen uppföljning med stickprov pga. flera faktorer i arbetsgruppen. Fortsatt arbete under 2026 med ny handlingsplan bör arbetas med av legitimerad personal och följas av enhetschef och MAS. All legitimerad personal behöver ta ansvar och utveckla dokumentationen i Lifecare HSL.

### **Kvalitetskontroll av Kommunala akutläkemedelsförrådet (KAF)**

Kontroll av det kommunala akutläkemedelsförrådet gällande följsamhet till rutin för kassation av läkemedel med tillhörande förbrukningsjournal. Det förekommer näst intill inget svinn från KAF. Nedräkningslistor stämmer bra. Det är ett mycket välskött

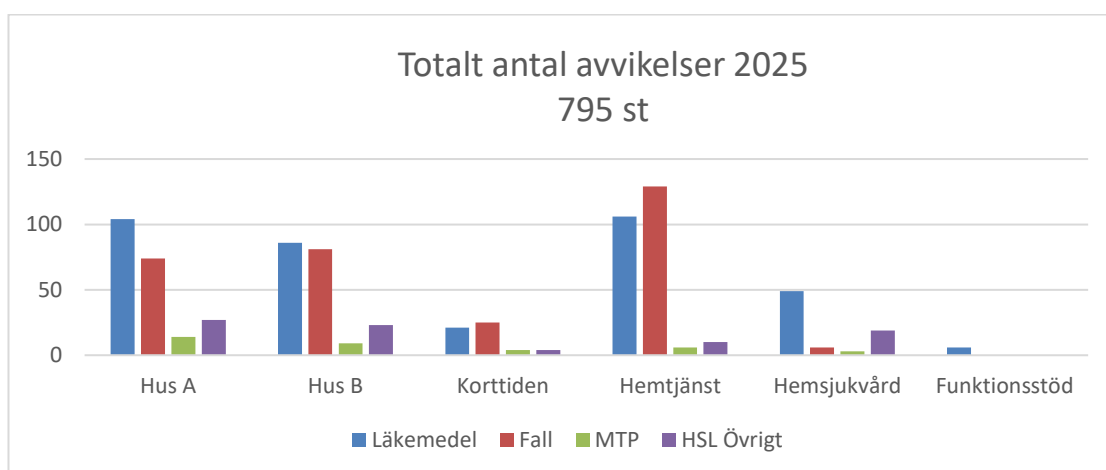
läkemedelsförråd. Det är viktigt att fortsätta med den upparbetade rutin som finns runt KAF för att ha en hög säkerhet.

## Avvikelser

De viktigaste åtgärderna som vidtas för att öka patientsäkerheten är att hälso- och sjukvårdspersonal och delegerad omvårdnadspersonal rapporterar risker, tillbud och negativa händelser samt identifierar patientskador. En avvikelse är en händelse som medfört eller skulle kunna medföra någon typ av skada som inte är förväntad utifrån personens tillstånd eller vårdens karaktär. Avvikelsehantering omfattar rutiner för att identifiera och rapportera negativa händelser, analysera och åtgärda orsaker samt utvärdera åtgärdernas effekt.

Målet med avvikelsehanteringen, som ett ständigt pågående förbättringsarbete, är en god och säker vård dvs. att vården i kommunens hälso- och sjukvård, äldreomsorg och funktionsstöd är av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Alla avvikelser ska utredas, sammanställas och analyseras från respektive enhet.

Under 2025 rapporterades totalt 795 hälso- och sjukvårdsavvikelser, vilket är mindre än föregående år (876 =2024). Mörkertal för icke inrapporterade händelser är svårt att uppskatta, tonvikt har lagts på att informera all personal om att det är händelsen och inte personen som ska uppmärksammas vid rapportering.



## Läkemedel

**Totalt har 372 läkemedelsavvikelser** rapporterats, det är ca 30 färre än föregående år.

**Osignerade läkemedel**, 25 har minskat betydligt (160=2024). Det ses en tydlig minskning efter att enheterna har arbetat med rutiner på enheterna att alla ska dubbelkontrollera enhetens HSL-uppdrag så allt är utfört under arbetspasset. Sjuksköterskorna behöver en gång per månad kontrollera om läkemedel signeras på HSL-uppdragen på området.

**Avglömd dos**, 79 ligger på samma nivå (81, 2024). Efter övergång till digital signering har siffran sjunkit. Det tas alltid kontakt med sjuksköterska för individuell bedömning om den avglömda dosen kan ges eller inte. Orsaker till avglömd dos förklaras med att annan aktivitet störde och det glömdes bort, det händer något akut och mycket att göra.

**Fel dos eller dos på fel tid** har getts vid 133 tillfällen (80, 2024). I denna grupp har avvikelserna ökat. Personalen följer inte tiden för åtgärden, öppnar inte uppdraget helt eller kontrollräknar inte läkemedel och jämför med läkemedelslistan som de ska göra och lär sig i läkemedelsutbildningen. Vid vissa tillfällen har dubbel dos getts då personalen inte kontrollerar datum och tid på dospåsen innan läkemedel ges. Det tas alltid kontakt med sjuksköterska för individuell bedömning om patienten fått dubbel dos. Några gånger har även läkarkontakt tagits. Ingen patient har fått allvarliga symtom eller blivit skadad vid fel dos och ingen har behövt åka till sjukhus. I vissa få fall har sjuksköterskan besökt patienten extra för att ta kontroller och ha uppsikt över patientens tillstånd dygnet efter avvikelserna. Dos på fel tid sker när personalen inte ger läkemedel inom rätt tidsfönster. Det finns alltid en tydlig ordination från läkaren när patienten ska ta sitt läkemedel. Det är viktigt att patienterna får sina läkemedel inom tidsfönstret för att det exempelvis inte ska bli för tätt till nästa läkemedelsgivning. Om inte läkemedel ges inom rätt tidsfönster ska förklaring ges av personalen vid signering vilket inte alltid görs.

**Narkotika saknas eller signeringslista och antal tabletter stämmer inte överens** har skett vid 44 tillfällen, (39, 2024). De flesta av dessa tillfällen är att personalen glömmer skriva upp och räkna ner på listan när de givit extra vid behovsläkemedel. Avvikelserna handlar om enstaka dos som inte stämmer med nedräkningslistan. Det kan även röra sig om svinn och när det misstänkts att det förekommer svinn sätts insatser in av både sjuksköterska och omvårdnadspersonal med extra räkning av narkotika, i vissa fall flera gånger om dagen. Loggar kontrolleras vem som varit i läkemedelsskåpet för att ringa in när läkemedlet försvann. Vid ökad kontroll brukar svinn upphöra. MAS är alltid inkopplad i dessa ärenden.

**Sjuksköterskan har gjort fel** vid 55 tillfällen, (40, 2024). Denna grupp har ökat de två senaste åren. Det kan bero på att fler misstag görs men även att sjuksköterskorna skriver fler avvikelser när det har begåtts fel. Exempelvis stämmer inte signeringslistan och läkemedelslista överens. Det är sjuksköterskans ansvar att se till att listorna stämmer överens, är lätta och tydliga att följa för omvårdnadspersonalen. Dosett har delats fel, vid dosettindelning ska alltid en sjuksköterska dela dosetten och en kollega kontrollera. På jourtid får sjuksköterska som arbetar ensam både dela och kontrollera dosetten själv.

### **Analys läkemedel:**

Det är 30 läkemedelsavvikelser färre än föregående år, vilket är positivt om alla avvikelser rapporteras runt felaktig läkemedelshantering. Det finns nu tydliga rutiner ute på enheterna att Lifecare utförare under arbetspasset kontrollerar vad som signerats och vad som är kvar att utföras. Det har inneburit att osignerat läkemedel har minskat och håller sig på en rimlig låg nivå.

Repetitionsutbildning med läkemedelshantering för redan delegerad personal fortsätter och det bör ge ökad kunskap hur personalen ska hantera läkemedelsgivning i enlighet med delegeringen de har och i längden minska antalet avvikelser med läkemedel.

I gruppen fel dos eller fel tid har avvikelserna ökat betydligt. Läkemedel ska ges i det tidsfönster som läkaren ordinerat, vilket är mycket viktigt i de flesta fall. Speciellt när

läkemedel ges upprepade gånger om dygnet och tiden mellan inte får bli för tätt eller för långt mellan. Flera i personalen har fått indragen delegering under året och vissa har fått gå utbildningen på nytt när det inte har agerat patientsäkert.

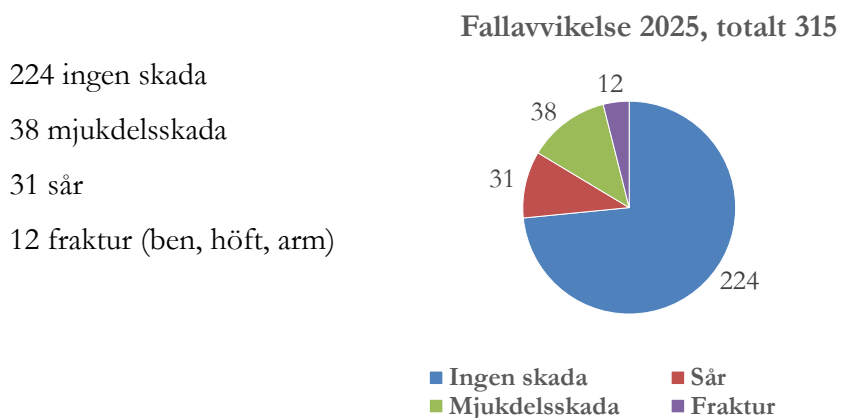
Sjuksköterskorna har gjort ett omtag under året att säkra upp grundutbildningen i läkemedelshantering och även samtalet med personalen vid omdelegering så delegeringsprocessen blir mer patientsäker. Men det är viktigt att alla som ger läkemedel måste öppna HSL-uppdraget, läsa instruktionen, kontrollera namn och personnummer, datum och tid på dospåsen, räkna tabletter och jämföra mot läkemedelslistan samt signera i Lifecare. Även räkna ner narkotiskt läkemedel vid behovsläkemedel och signera i Lifecare. Detta görs inte varje gång och då uppstår att fel dos ges, läkemedel ges på fel tid, dubbel dos ges. Delegerad personal måste vid varje tillfälle utföra kontroller som ingår i rutiner och utbildning, så att patientsäkerheten ökar vid läkemedelsgivning.

I sjuksköterskegruppen har det ökat ytterligare i antal avvikelser vilket kan bero på att fler avvikelser skrivs när fel läkemedelshantering sker men även att avvikelser sker mer frekvent. Det är inte någon särskild arbetsuppgift som sticker ut utan några avvikelser i olika moment. Gruppen behöver tänka till i alla moment att följa rutiner, kontrollera moment och vara extra noga vid all läkemedelshantering för att få en ökad patientsäkerhet. Det är sjuksköterskans uppgift att se till att läkemedelslistor och instruktioner är tydliga för personalen så inget missförstås även om läkaren ansvarar för ordinationen.

Ett mycket gott arbete har gjorts av de enheter som rapporterar avvikelser. Det skrivs fortfarande ett fåtal avvikelser på Funktionsstöd gruppbostad, servicebostad och assistentgrupp som hanterar läkemedel dagligen. Det är viktigt att rapportera det som händer runt läkemedelshantering så vi säkrar upp all verksamhet.

## Fall

Totalt har 315 fallavvikelser rapporterats (305, 2024). Det ligger på samma nivå som föregående år och konstant under årets månader.



Det är många falltillbud utan skada även 2025. Vid fallavvikelse och upprepade fall görs alltid en fallprevention med analys och åtgärder för att minska risken för skada vid ytterligare fall. Enhetschef och legitimerad personal arbetar tillsammans med utredningen i

respektive professions område. Många falltillbud finns ute i ordinärt boende där vi även har många kognitivt sviktande och multisjuka patienter. Teamet runt patienten träffas en gång i månaden och arbetar tvärprofessionellt med lösningar och åtgärder. Vid framför allt kognitiv svikt och rörliga patienter ökar falltillbuden men personalen har ej rätt att hindra patienterna från att röra sig. Fallpreventionen som teamet arbetar med syftar till att minska risken för framför allt allvarliga skador.

### **Analys:**

Fallavvikelserna har legat på en konstant nivå de senaste två senaste åren. I de utredningar som gjorts under året ses att det finns ett bra fallpreventionsarbete med patienterna/brukarna från både legitimerad personal och på enheterna. Det är fortfarande en hög siffra med fall utan några skador vilket också indikerar på ett bra fallpreventivt arbete. Enstaka gånger har fall skett med fraktur som följd, i dessa utredningar har det framkommit att det finns ett gott fallpreventivt arbete runt patienten. Åtgärder är insatta av teamet, det saknas inga åtgärder för en säker miljö, verksamheten har inte har brustit i vården.

Fortsatt arbete med fallprevention i team ute på enheterna är nödvändigt för att bibehålla och öka patientsäkerheten inom området. Riskbedömningar med kvalitetsregistret Senior Alert säkrar upp patientsäkerheten ytterligare och förebygger fall innan de sker. Ökad riskbedömning i ordinärt boende har varit ett mål under 2025 där fortsatt arbete krävs av legitimerad personal under 2026.

### **Övriga avvikelser**

84 övriga avvikelser har rapporterats in, (148, 2024). Av dessa är 48 (60, 2024) öppna läkemedelsskåp. Denna grupp har minskat under året och det är på SÄBO som avvikelserna sker. Dessa läkemedelsskåp öppnas med saltokort och måste även stängas med saltokortet. Personalen glömmer att låsa efter att de varit inne och hämtat ut patientens läkemedel, det är rent slarv. Sjuksköterskorna har under året tagit beslut att första gången någon glömmer att låsa blir ett medvetandegörande samtal av sjuksköterska och nästa gång dras delegering av läkemedel in en månad och personalen får gå läkemedelsutbildning igen. Avvikelserna har minskat något under året men det behövs ständigt arbete för att förbättra säkerheten.

Övriga avvikelser kan även vara osignerade och ej utförda uppdrag så som blodtrycksmätning, vikt, kateterskötsel, rikning, ta på stödstrumpor, linda ben, sårvård, hudvård mm. Då dessa uppdrag ej är signerade så går det inte att se om de är helt avglömda eller bara ej signerade? Flera av dessa uppdrag är av stor vikt för patienten att det utförs och registreras på rätt sätt. Sjuksköterskan utgår från mätvärden och justerar läkemedel utifrån ex. vikt och blodtryck. Det blir merarbete för sjuksköterskan som själv får åka ut och ta mätvärden i kommunen där det redan finns personal på plats.

I maj 2024 startade modulen signeringslista i Lifecare, där kan legitimerad personal lättare filtrera och söka på utförda, signerade och osignerade HSL-uppdrag. Efter detta införande rapporterades många avvikelser av legitimerad personal på osignerade och ej utförda uppdrag. Antalet har under 2025 sjunkit igen då bättre rutiner har införts på enheterna att

kontrollera signerade uppdrag under arbetspasset. Varje personal och varje enhet måste ta sitt ansvar och fortsätta med att signera de HSL-uppdrag som de bekräftat och utfört.

### **Medicinsk teknik**

Totalt har 36 (20, 2024) avvikelser rapporterats gällande medicinsk teknik. Det är några fler än föregående år. Det är bland annat felbäddade glidlakan, felanvända hjälpmedel, felplacerade lyftselar, TENS-elektroder som inte hanteras på rätt sätt. Det är av stor vikt att medicinsk teknik handhas på rätt sätt och att rutiner följs för att patientsäkerheten ska vara fortsatt hög vid hantering av medicinsktekniska produkter.

### **Analys avvikelseprocessen generellt**

Arbetet med att rapportera avvikelser är en viktig del av det systematiska förbättringsarbetet. De enheter som inte rapporterar händelser men ex. hanterar läkemedel behöver få till rutiner på sin enhet att rapportera det som faktiskt händer. Alla måste vara med i förbättringsarbetet runt patientsäkerheten. Det fortsatta arbetet med att analysera och skapa åtgärder i verksamheten för att inte händelsen ska återupprepa sig är en viktig del som enhetscheferna (huvudutredare) och legitimerad personal (medutredare) ansvarar för.

Under första halvåret av 2025 fick vi en bättre följsamhet med snabbare mottagande, start av utredning och medutredare lades till. Målet är att ta emot en rapport inom en vecka. Senare delen av 2025 har det varit byte av flera enhetschefer och avvikelseprocessen har inte gått lika snabbt. Arbetet måste återupptas under 2026 med snabbare hantering, kommunikation mellan professioner, teamarbete, analys, åtgärder och uppföljning. Det är även viktigt med återkoppling efter utredning av händelse för att skapa ett lärande och delaktighet och hela personalgruppen ska få samma bild av händelser som skett.

### **Avvikelser i vårdsamverkan**

MedControl är det gemensamma IT- systemet inom Västra Götaland för hantering av avvikelser i vårdsamverkan. Effektiv avvikelshantering syftar till att öka patientsäkerheten speciellt vid vårdövergångar genom att identifiera och förbättra eventuella brister i följsamheten till ingångna avtal och överenskommelser där Västra Götalands kommuner och Västra Götalandsregionen samverkar.

33 avvikelser (57, 2024) har totalt upprättats i vårdsamverkan mellan region och socialförvaltningen under 2025.

1 avvikelser (2, 2024) har inkommit till kommunal primärvård, från SÄS.

32 avvikelser (55, 2024) har upprättats av förvaltningen varav 2 riktar sig till Vårdcentral och 30 riktar sig till SÄS. Kommunal primärvård har upprättat 31 av dessa och biståndshandläggare har upprättat en.

18 av avvikelserna handlar om läkemedel vid vårdövergång, där patienterna vid hemgång inte får nya läkemedel med sig hem för tre dagar, inga recept är skrivna på nya läkemedel, inga uppdaterade läkemedelslistor, oklara läkemedelsordinationer.

I april bjöd Förvaltningschef Rickard Olsson och MAS Anna Lindeblom in SÄS för dialog med chefssjuksköterskan och vårdutvecklare kring avvikelser som bara ökar vid vårdövergång till hemmet. MAS hade gjort en sammanställning av Bollebygds avvikelser

skrivna till SÄS för 2024. Det fanns inga skrivna från SÄS till Bollebygd. På grund av dessa brister från slutenvården sida får sjuksköterskan i kommunal primärvård en ökad belastning när patienter kommer hem. Det blir dessutom patientsäkert vid vårdövergångarna då rutiner inte följs, läkemedel saknas och läkemedelsordinationer inte stämmer. Kommunal primärvård har själva gjort ett rapporteringsstöd att använda vid mottagande av rapporter från annan instans. Detta för säkra upp överrapporteringen och motfrågor kan ställas till rapportören.

Det beslutades att alla avvikelser från Bollebygd till SÄS med läkemedel involverade skulle lyftas upp till enhetsnivå på SÄS och de har arbetat med sjuksköterskor, farmaceuter och läkare som hanterar med läkemedel. Det har varit direkta avstämningar via mejl då någon avvikelse kommit tillbaka ofullständigt utredd. Mellan maj och december 2025 har SÄS arbetat med läkemedelsavvikelserna från Bollebygd, 18 st. Vi hade en uppföljning i december tillsammans där vi såg att läkemedelsavvikelserna har minskat under året, vilket är positivt. SÄS har även arbetat med korttidsenheten, Borås stad, i ett liknande arbete vilket tillsammans har lett till att avvikelserna minskat för SÄS. Arbetet fortsätter mellan SÄS och Bollebygd och nästa uppföljning kommer ske i maj.

#### **Analys, avvikelser i vårdssamverkan**

Totala antalet avvikelser halveras nästan under 2025. Avvikelser med läkemedel involverade minskar något under 2025 (21 till 18). De sista tre månaderna är avvikelserna med läkemedel involverat lägst. SÄS har samtidigt arbetat med avvikelsehantering läkemedel, Korttidsenheten i Borås stad vilket säkerligen gett effekt. SÄS har lyft upp arbetet på en högre nivå, gjort en kartläggning vad som behöver göras. Tre interna arbeten har startats, det har tryckts extra på läkemedelsprocessen där Pascal ofta är inblandat. Det måste ske en förbättring av följsamhet till rutiner vid vårdövergångar för patienten. Det är framför allt slutenvården som brister i följsamhet och avvikelserna har ökat varje år i antal.

Vi behöver fortsätta arbetet tillsammans med SÄS så brister i läkemedelshantering vid vårdövergångar minskar. Det ses tydligt att Bollebygd endast får enstaka avvikelser från andra vårdgivare. Men fortsatt arbete med dokumentation i SAMSA samt vara följsam till gemensamma rutiner i vårdssamverkan är av vikt för att patienterna fortsatt ska få en säker vårdövergång.

## **4.2 Öka kunskap om inträffade vårdskador**

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



#### **Har vården varit säker**

Ingen lex Mariautredning har anmälts till IVO under året 2025. Det har funnits några avvikelser med vårdskada men som inte är bedömda i utökad utredning som brister i vårdutförandet. Åtgärder har funnits som säkrat upp miljön runt patienten men skada har ändå uppkommit vid ex. fall.



I avvikelseprocessen mottar enhetschef avvikelserapport och startar utredning inom en vecka på de flesta enheter. Ansvarig legitimerad personal läggs som medutredare och ska bedöma händelsen, lägga in åtgärder och följa upp så patientsäkerheten blir bättre. Om händelsen är allvarlig kontaktas omedelbart MAS och läggs med som utredare för att starta en utvidgad utredning. Teamet runt patienten har möte varje månad, där tas komplexa och riskbedömda ärenden upp, för att tillsammans diskutera säkerheten runt vårdtagaren. Enhetschefen som huvudutredare återkopplar till personalen på enheten för att sprida kunskap av avvikelserna. Alla professioner har ett ansvar att arbeta för att avvikelser inte ska återupprepas och patientsäkerheten ska öka.

## **Beskriv identifierade riskområden**

### **Läkemedelshantering av delegerad personal är fortsatt ett riskmoment.**

Personalen följer inte utbildning och rutiner kring säker läkemedelshantering. Ett stort antal avvikelser med osignerat läkemedel, HSL-uppdraget öppnas inte och hela texten kan då inte läsas för uppdraget, läkemedelslista och antal läkemedel kontrollräknas inte, läkemedel signeras inte, narkotiskt preparat räknas inte ner på lista vid given dos. Det är ett ökat antal avvikelser med läkemedel som inte ges på rätt sätt eller ges på fel tid. (Fel dos/ fel tid)

### **Läkemedelshantering/ läkemedelslista**

I sjuksköterskegruppen har det ökat i antal avvikelser runt läkemedelshantering och listor. Det är inte någon särskild arbetsuppgift som sticker ut utan några få avvikelser i olika moment. Gruppen behöver tänka till i alla moment att följa rutiner och kontrollera moment och lämna ut tydliga HSL-uppdrag, listor (läkemedelslistor, nedräkningslistor) för att få en ökad patientsäkerhet. Läkemedelslistor är läkarens ansvar, så de är tydliga och riktiga men sjuksköterskan har ett ansvar att påtala för läkaren att läkemedelslistan exempelvis är otydlig.

### **Fallavvikelser**

Fortsatt arbete med fallprevention i team på enheterna är nödvändigt för att bibehålla och öka patientsäkerheten inom området. Riskbedömningar med kvalitetsregistret Senior Alert säkrar upp patientsäkerheten ytterligare och förebygger fall innan de sker. Hela teamet måste hjälpas åt att arbeta med riskbedömningar i Senior Alert.

### **Avvikelseprocessen**

Arbetet måste fortsätta med snabb hantering med avvikelserna av enhetscheferna, kommunikation mellan professioner, teamarbete, analys, åtgärder och uppföljning. Det är även viktigt med återkoppling efter utredning av händelse för att skapa ett lärande och delaktighet och hela personalgruppen ska få samma bild av händelser som skett.

## 4.3 Tillförlitliga och säkra system och processer

### Avvikelseprocessen

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att rapportera händelser som har eller kunnat medföra en vårdskada. MAS sammanställer och analyserar samtliga rapporterade händelser månadsvis och informerar all legitimerad personal, chefer samt socialnämnd i halvårsrapport och patientsäkerhetsberättelsen.



Under 2025 har implementeringsarbetet fortsatt med nya avvikelsemodulen i Lifecare HSL/ vårdskada. Upprepad information om avvikelseprocessens steg har skett under året till både legitimerad personal och enhetschefer. Det har bytts flera enhetschefer under 2025 och stor vikt har lagts på avvikelseprocessen och deras ansvar vid introduktion och på chefsforum för att snabbt få i gång de nya enhetscheferna. Omvårdnadspersonal har fått information på APT om deras ansvar med rapportering i avvikelssystemet.

### Stratsys kvalitetsmodul

Kvalitetsmodulen för hälso- och sjukvård i Stratsys har förberetts under 2025 för att starta 2026. Det finns ett kvalitetsårshjul för egenkontroller, kvalitetsindikatorer, analys av avvikelser och skattningar i kvalitetssystemet som ska analyseras och följas upp per enhet under året. Det blir även mer överskådligt när alla arbetar i samma ledningssystem. Fortsatt arbete under 2026 med Stratsys workshopar för att få kunskap och hjälp att hantera systemet som chef på olika nivåer. Under 2026 kommer kvalitetsdialogerna i gång där avvikelser, egenkontroller och kvalitetsindikatorer diskuteras utifrån enheternas analyser tertialvis.

### Delegeringsprocessen

Det finns möjlighet för legitimerad personal att delegera arbetsuppgifter till reellt kompetent personal. Den är skriftlig, personlig och tidsbegränsad och får inte förekomma för att lösa personalbristsituationer. Läkemedelsutbildning genomförs tillsammans med kunskapstest. Delegeringarna följs upp årligen av legitimerad personal och delegerad personal gör en uppföljande test och samtal med sjuksköterskan innan delegeringen förnyas. Timanställda sommarvikarier får delegering under tre månader, därefter följs delegeringen upp om anställning fortsätter. Vid avvikelser och större eller upprepade misstag kan delegering dras in av sjuksköterskan.

Under 2025 har uppföljningen av delegeringen inom några månader och förnyande av delegering setts över och säkrats upp. Sjuksköterskorna som ansvarar för delegering av läkemedel har arbetat med att säkra upp processen ytterligare med ny läkemedelsutbildning, grundutbildning i kateterskötsel, puls och blodtryck vid samma tillfälle. Det finns flera avvikelser under året där inte delegerad personal hanterar narkotiskt läkemedel vid behov på rätt sätt. Information har gått ut till all personal, både fast anställda och timanställda, att alla måste ringa till sjuksköterskan, räkna ner tabletter på nedräkningslistan samt signera digitalt i Lifecare för att säkra upp processen runt narkotiska läkemedel. Vid förnyande av delegering tas även narkotisk läkemedelshantering upp av delegerande sjuksköterska vid delegeringssamtal.

## Analys tillförlitliga och säkra system och processer

Under 2026 kommer kvalitetsledningssystemet Stratsys kvalitetsmodul att starta för hälso- och sjukvården. Då kommer vi se hur arbetet som lagts ner under 2025 med förberedelser fungerar. Att allt är samlat i samma ledningssystem kommer underlätta och att den statistik som läggs in alltid leder till en handlingsplan, åtgärder och analys kommer att ständigt utveckla och förbättra kvaliteten i arbetet.

Det har gjorts ett mycket viktigt arbete att säkra upp processen med delegering under 2025. Läkemedelshantering runt narkotiskt läkemedel har på ett bra sätt säkrats upp, information har gått till alla delegerade för att täta till kunskapsluckor och få bättre följsamhet till rutiner.

### 4.4 Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



#### Riskhantering

*SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4*

Inför förändringar i verksamheten genomförs en riskanalys eller då det föreligger en risk vid nya arbetssätt. Det innebär att en riskinventering sker och bedömning av sannolikhet och allvarlighetsgrad av dess konsekvenser. Därefter sker en riskhantering av befintliga och föreslagna åtgärder. Arbetet med PDSA-hjulet *Planera Genomföra Utvärdera och Förbättra* är ett begripligt systematiskt arbetssätt för att tydliggöra vad och hur saker ska göras och följas upp som en åtgärdsplan.

Under senare delen av 2024 har exempelvis riskbedömning av implementering läkemedelsautomater gjorts. Arbetsgruppen med legitimerad personal, enhetschefer, verksamhetschef och MAS var med i arbetet. Riskerna värderades, arbetet planerades väl, bedömningsunderlag, rutiner och stöddokument upprättades. Implementeringen startade i ett hemtjänstområde med några få patienter, arbetet utvärderades i början av 2025, förbättrades och kunde utvidgas till fler i andra områden. Det blev en säker implementering med PDSA som grund. Läkemedelsautomaterna säkrar upp att patienten får sina läkemedel på rätt tidpunkt. En ljus och ljudsignal indikerar att det är dags att ta sitt läkemedel. Om inte läkemedlet tas inom tidsfönster så går ett larm till personalen som kommer och hjälper till. Ett säkert system att med digital hjälp kunna ta sina läkemedel självständigt. Arbetet fortsatte under 2025 med utvärdering av arbetet.

### 4.5 Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Patientsäkerhetsarbetet har bedrivits genom åtgärder kopplat till mål och strategier genom uppdatering och följsamhet till rutiner och ledningssystem. Dels genom egenkontroll, granskning, avvikelserregistrering och kvalitetsregister, dels genom arbete med orsaks- och händelseanalyser.

### Avvikelser

Målet med avvikelshanteringen, som ett ständigt pågående förbättringsarbete, är en god och säker vård dvs. att vården i kommunens hälso- och sjukvård, äldreomsorg och funktionsstöd är av god kvalitet med hög patientsäkerhet. Under 2026 kommer avvikelsestatistik läggas in i Stratsys kvalitetsmodul på enhetsnivå. Enhetscheferna kommer analysera sina avvikelser tertiärvis på enheten och där efter tas med till en kvalitetsdialog med medicinsk ansvarig sjuksköterska.

### Klagomål och synpunkter

Klagomål och synpunkter, kan komma direkt till verksamheterna, från närstående och eller patient, via patientnämnden eller IVO som har betydelse för patientsäkerheten. Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372) innebär att fler klagomål går till patientnämnden.

Under året har det kommit in ett klagomål/ synpunkt på kommunal primärvård. Varje synpunkt besvaras oftast i direktkontakt med personen men synpunkterna tas även med i utvecklingsarbetet som sker löpande med förtydliganden eller justeringar i rutiner och arbetssätt. Det är oftast patient eller närstående som lämnar in klagomål eller synpunkter på verksamheten.

## 4.6 Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden.

### Patientsäkert arbete i framtiden

Kompetensutveckling för alla professioner måste fortsätta och enhetschefer måste skapa förutsättningar för personalen att gå på de utbildningstillfällen som ges av kommunal primärvård, Folk tandvården mm. Alla behöver vara med och arbeta mot målet i Nära Vård, kompetensökning för alla personalkategorier.

Förskjutningen av vården fortsätter ut i Primärvården de närmsta åren där kommunen kommer ha ett stort ansvar.

KTC, klinisk träningscentrum har startat upp 2024, där personal kan träna på olika moment med handledare eller kollega. Legitimerad personal har under året utbildat och instruerat baspersonal inför olika delegeringsmoment samt introduktion för timanställda. Studenter har tränat på olika moment innan de utfört åtgärden på patient. Under 2026 finns det ännu mer förutsättningar för KTC då en kvalitetssjuksköterska har anställts och kan utveckla träningscentret tillsammans med utbildningssamordnare för baspersonalen. Målet är att använda KTC ännu mer till utbildning, träning av olika moment, praktisk övning inför delegering, för elever och studenter och introduktion av nyanställda.



Läkemedelshanteringen måste bli mer patientsäker och det har arbetats fram en reviderad utbildning under året. Under 2026 startar en basutbildning med grundläggande läkemedelshantering, kateterskötsel, puls och blodtryck, vilket har efterfrågats av enheterna då personalen behöver en grund när de startar sin anställning. Det finns därefter olika utbildningar att gå för att bygga på sin kompetens och delegeringar vid fortsatt arbete. Vid förlängning av läkemedelsdelegeringar ska samtal ske mellan den delegerande sjuksköterskan och den delegerade baspersonalen vilket ger ett utbildningstillfälle även för erfaren personal. Sjuksköterskan behöver säkerställa att läkemedelsdelegering kan förlängas även med erfaren personal.

Enheter som inte har utfört egenkontroll på hygien och läkemedel ska utföra det enligt årshjulet.

## **5 Mål, strategier och utmaningar för kommande år**

- **Omställningsarbetet Nära vård**

Det proaktiva arbetet med, kompetensförsörjning, digital teknik och Förebyggande team behöver fortsätta att utvecklas. Andelen som har behov av hemsjukvård kommer fortsätta att öka till följd av att medellivslängden ökar och överlevnaden vid sjukdom/skada blir högre tack vare en alltmer avancerad hälso- och sjukvård. Rusta personal och ge förutsättningar att patientsäkra vården i hemmet.

- Kompetensförsörjning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, omvårdnadspersonal och habiliteringspersonal. Både vad gäller möjligheten att rekrytera nya medarbetare med kunskaper inom vård och omsorg och möjligheten att kunna utbilda och delegera arbetsuppgifter.
- Utveckling och implementering av digital teknik för att underlätta och stödja den enskilde i sitt dagliga liv, förbättra patientsäkerheten, självständigheten och effektivisera arbetet för vårdpersonalen.
- Förebyggande Team behöver fortsätta att utvecklas i samverkan med Närhälsan och Vårdval Rehab. Teamet erbjuder SIP i hemmet för att möta de sköra äldre och kunna sätta in förebyggande insatser i ett tidigt stadiet.

- **Utveckla SIP-arbetet**

Arbeta mer personcentrerat och öka antalet upprättade och uppföljda SIP behöver öka och utvecklas på alla enheter. Ta ansvar att kalla till SIP när behov ses, vara med på SIP-möte när kallelse kommer, vara följsam till rutiner och ansvara för dokumentation efter möte samt uppföljningar.

## 6 Fokusområden 2026

Ur patientsäkerhetssynpunkt görs bedömningen att följande patientsäkerhetsområden behöver prioriteras 2026:

- **Dokumentation**, fortsatt arbete med att utveckla arbetet med dokumentation i Lifecare.  
  
-Egenkontroll journalgranskning, legitimerad personal.
- **Avvikelseprocessen**, fortsätta att kvalitetssäkra och få följsamhet till processen.
- **Säkrare läkemedelshantering**, delegerad personal ska ta ansvar för att ge läkemedel på ett säkert sätt enligt utbildning och rutin. Sjuksköterskor ska vara extra noga vid hantering av läkemedel så det sker på ett patientsäkert sätt.  
  
-Ledningssystem för avvikelser Lifecare HSL/Vårdskada  
  
-Egenkontroll läkemedelshantering
- **Omställningsarbetet Nära vård**, fortsätta med proaktivt arbete som Förebyggande team, digital teknik och kompetensförsörjning.
- **Öka antalet riskbedömningar med Senior Alert** på alla enheter.  
  
-Senior Alert kvalitetsregister, alla ska få en riskbedömning vid inskrivning i kommunal primärvård, en gång per år vid läkarbesök eller vid större hälsoförändringar.